

Rådgivande samtal utifrån sjuksköterskans perspektiv.

Att motivera personer som har diabetes typ
2

till att förändra ohälsosamma
levnadsvanor.

FÖRFATTARE: Anna Ljunggren

PROGRAM/KURS: Sjuksköterskeprogrammet,
Examensarbete – Grundnivå,

HT 2013

OMFATTNING: 15 högskolepoäng

HANDLEDARE: Inger Kjellberg

EXAMINATOR: Annica Lagström

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Titel (svenska):

Rådgivande samtal utifrån sjuksköterskans perspektiv.
Att motivera personer som har diabetes typ 2 till att
förändra ohälsosamma levnadsvanor.

Sahlgrenska akademien



Titel (English):	Counseling from the nurse's perspective. To motivate persons with type 2 diabetes to change their unhealthy lifestyle.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/	Sjuksköterskeprogrammet, Examensarbete – grundnivå, OMO5250.
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	28 sidor
Författare:	Anna Ljunggren
Handledare:	Inger Kjellberg
Examinator:	Annica Lagström

SAMMANFATTNING

Bakgrund: Diabetes typ 2 ökar i Sverige och kan ses som ett av våra stora folkhälsoproblem idag. Den främsta behandlingen är förändrade levnadsvanor. Att som sjuksköterska arbeta personcentrerat innebär att respektera och bekräfta individens upplevelse och subjektiva tolkning av hälsa samt främja hälsa i betydelsen som den specifika individen avser. Empowerment kan sägas vara hjälp till självhjälp, att skapa förutsättningar för att individen ska kunna ta den makt hen är berättigad till.

Syfte: Syftet med den här uppsatsen är att söka evidensbaserad kunskap om sjuksköterskors rådgivande samtal om ohälsosamma levnadsvanor med personer som har diabetes typ 2 för att beskriva hur sjuksköterskan gör i praktiken vid patientsamtal och i den mån materialet tillåter applicera de av Socialstyrelsen rekommenderade beteendeförändringsmodeller på hur ett rådgivande samtal i praktiken ser ut.

Metod: Den här uppsatsen har inspirerats av metasyntes och följer Fribergs modell för att skapa evidensbaserad kunskap genom att sammanställa, analysera och tolka kvalitativa forskningsresultat.

Resultat: Teman i materialet är: sjuksköterskan ger generell information, problemidentifiering, patienten visar motstånd, öka beredskapen för beteendeförändring och utforma förändringsplan, samt känsliga ämnen. Forskning visar att sjuksköterskans strategier vid rådgivande samtal kunde se ut på en mängd olika vis: rekommenderande, tillåtande, övertalande och stöttande. Den stöttande rådgivningsstilen framstod som den bästa i förhållande till ett personcentrerat förhållningssätt. De av Socialstyrelsen rekommenderade beteendeförändringsmodellerna fanns inte så väl representerade i studierna.

Diskussion: Det är problematiskt att sjuksköterskorna i hög utsträckning drev sin egen agenda vid rådgivande samtal. I studierna framkom många gånger att det saknades en förståelse för och en flexibilitet inför att patienter är olika. Personcentrerad vård innebär att respektera patientens upplevelse av levnadsvanan och om hen anser att det *inte* är ett problem så är det inte sjuksköterskans uppgift att arbeta mot en förändring.

Innehåll

Tabell- och figurförteckning	3
Inledning.....	4
Bakgrund	4
Diabetes Mellitus typ 2 i Sverige idag.....	4
Hälsofrämjande omvårdnad.....	5
Evidensbaserad vård	6
Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder	7
Teoretiskt ramverk.....	10
Problemformulering.....	12
Syfte	12
Forskningsfrågor.....	12
Metod	12
Vald metod	12
Datainsamling	12
Dataanalys	14
Forskningsetiska överväganden.....	14
Resultat.....	15
Den rekommenderande rådgivningsstilen	16
Den tillåtande rådgivningsstilen och problemidentifiering	18
Den övertalande rådgivningsstilen	19
Den stöttande rådgivningsstilen.....	20
Sjuksköterskestrategier vid känsliga ämnen: distansera sig, komma nära eller inte säga något alls.....	21
Ytterligare sjuksköterskestrategier	21
Beteendeförändringsmodellerna rekommenderade av Socialstyrelsen i materialet	22

Diskussion	22
Metoddiskussion.....	22
Resultatdiskussion	24
Slutsatser	25
Källförteckning.....	26
Bilaga 1	29
Artikelöversikt	29

Tabell- och figurförteckning

Tabell 1: Sökning efter artiklar	14
Tabell 2: Sammanfattning av resultatet.....	15
Tabell 3: Effekter av den rekommenderade rådgivningsstilen.....	18
Figur 1: Den rekommenderande rådgivningsstilens olika typer av råd	17

Inledning

Diabetes typ 2 ökar i Sverige och kan ses som ett av våra stora folkhälsoproblem (1-4). Det är en patientgrupp som jag som blivande sjuksköterska kommer att träffa på ofta, i olika skeden av sjukdomen, på många olika typer av vårdinrättningar. Gemensamt för alla personer som har diabetes typ 2 är att förändrade levnadsvanor är den främsta behandlingen (5). Det känns därför angeläget att erhålla mer kunskap om hur sjuksköterskan kan skapa så bra förutsättningar som möjligt för att en förändring av patienternas levnadsvanor ska kunna ske.

Den här uppsatsen fokuserar på rådgivande samtal, som sjuksköterskan kan ha med patienter på en vårdavdelning, men oftast sker den här typen av samtal på en vårdcentral eller diabetesmottagning. Studier visar att rådgivande samtal om levnadsvanor är en behandlingsform som har effekt för patienter med diabetes typ 2 (6, 7). Socialstyrelsen (8) beskriver personer med diabetes som en högriskgrupp där rådgivande samtal om levnadsvanor är av hög prioritet. De levnadsvanor som är i fokus är tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma kostvanor.

Vid rådgivande samtal om ohälsosamma levnadsvanor är behandlingsmålet att patienten ska förändra sitt beteende. För att en förändring ska ske, behöver patienten vara motiverad, vilket innebär både att vilja och att kunna (9). Även om patienten vet vad som *borde* ske, kan förståelsen *hur* en förändring ska ske saknas, hen har inte alltid förmågan att själv formulera hanteringsstrategier för att nå de uppsatta målen (5). Vad kan sjuksköterskan göra för att stötta patienten till att nå brytpunkten att NU, nu är det dags att göra något annorlunda? Flera studier visar att sjuksköterskor känner sig osäkra på hur de ska genomföra rådgivande samtal och att de inte har tillräckligt med kunskap inom området (5). Den här uppsatsen utgår ifrån Holm-Ivarssons (9) definition av att sjuksköterskans arbete att motivera patienten innebär att *stimulera patientens förändringsprocess*.

Bakgrund

Diabetes Mellitus typ 2 i Sverige idag

Det finns ungefär 365 000 personer som har diabetes i Sverige (1). Diabetes typ 2 är med stor majoritet den vanligaste formen av diabetes (85 % i Sverige) och ökar idag snabbt runtom i världen, främst till följd av en förhöjd levnadsstandard med efterföljande livsstilsförändringar. Antal personer som har diabetes typ 2 ökar även i Sverige, om än i något långsammare takt. I Sverige beror ökningen på bättre överlevnad i sjukdomen, högre andel äldre och effektivare diagnostik. (2)

Orsakerna bakom diabetes typ 2 är en kombination av en ärftlig sårbarhet, det vill säga ett genetiskt diabetesanlag, och att kroppen har utvecklat en insulinresistens, att kroppscellerna försämrar sin känslighet för insulin. När vi äter frisätts hormonet insulin, som reglerar hur mycket socker vi har i blodet, och insulinet transporterar sockret till cellerna där det omvandlas till energi. Vid diabetes typ 2 räcker inte det insulin som kroppen producerar till

för att täcka kroppens behov vilket leder till en *relativ* insulinbrist. Detta gör att sockernivåerna i blod och vävnad blir förhöjda, medan nivåerna i cellerna där vi ska tillgodose oss energin blir för låga. Insulinresistensen orsakas av ohälsosamma levnadsvanor (främst fysisk inaktivitet men även tobaksbruk, riskbruk av alkohol och stress) samt övervikt (framför allt bukfetma) och risken ökar med stigande ålder. Första behandlingssteget vid diagnos är att verka för att förändra patientens levnadsvanor, men med tiden kan även tablettbehandling eller insulin bli aktuellt. Komplikationer vid diabetes är högt blodtryck och höga blodfetter vilket leder till åderförfettning, skador på njurar, ögon och bennerver och i förlängningen en ökad risk för hjärt- och kärlsjukdomar såsom hjärtinfarkt och stroke. (1, 2, 4)

Att leva med diabetes typ 2

Vid en studie om utbildning och rådgivning till patienter med diabetes typ 2 konstaterades att patienterna hade följande problem (3):

- * Svårigheter att förstå och i sin egen vardag applicera information som de erhållit om diabetes typ 2 och behandling
- * Oförmåga att organisera sin vardag relaterat till behandlingen
- * Svårigheter att förändra sina matvanor.

Flera sjuksköterskor och andra professioner som arbetar med rådgivande samtal med patienter som har diabetes typ 2 uppger att det största hindret för att inte nå behandlingsmålen är patientens bristande motivation att förändra sina ohälsosamma levnadsvanor (5).

Hälsofrämjande omvårdnad

Vid hälsofrämjande arbete ska sjuksköterskan stärka patientens förmåga att förbättra sin hälsa oberoende av, eller trots, sjukdom (10, 11). Sjuksköterskan ska ha förmåga att (12):

- * identifiera och aktivt förebygga hälsorisker och vid behov motivera till förändrade livsstilsfaktorer
- * identifiera och bedöma patientens resurser och förmåga till egenvård
- * undervisa och stödja patienter och närstående, individuellt eller i grupp, i syfte att främja hälsa och att förhindra ohälsa
- * motverka komplikationer i samband med sjukdom, vård och behandling

Ohälsosamma levnadsvanor

En levnadsvana är en individs vardagliga rutiner, en handling som görs regelbundet och som är ett invariant beteende. Ohälsosamma levnadsvanor leder till en förhöjd risk för sjukdom, sänkt livskvalitet och risk för förtida död. Den befintliga forskningen på området behandlar endast en ohälsosam levnadsvana i taget, varför även Socialstyrelsens riktlinjer är upplagda på samma vis (8). Dock är det så att de personer som har en ohälsosam levnadsvana, ofta har flera. Dessutom är utsatta grupper, lågutbildade och låginkomsttagare överrepresenterade. (1,

4, 8) Pellmer, Wramner och Wramner (1) påpekar att det är viktigt att vara medveten om att ohälsa inte är ett fritt intellektuellt val, utan påverkas av vad som brukar kallas hälsans bestämningsfaktorer, nämligen socioekonomiska faktorer, faktorer relaterade till den fysiska miljön (exempel tillgång till sjukvård) och livsstilsfaktorer (1, 13).

Rådgivande samtal

Rådgivande samtal kan vara mer eller mindre hälsofrämjande. Ett rådgivande samtal som är *hälsofrämjande* stödjer individens förmåga att öka sin egen hälsa, utgår från patientens upplevelse av levnadsvanan och strävar mot *empowerment*, vilket utvecklas under *Personcentrerad vård* nedan (8).

Tidigare har det ofta pratats om *compliance*, hur följsam patienten är, hur väl hen följer råden som ges. Bakom detta begrepp ligger enligt Hansson-Scherman & Runesson (14) en kvantitativ kunskapssyn där patienten som mottagare ses som ”tom” som kan ”fyllas på” med kunskap, som då antas förstås på samma sätt av patienten som av sjuksköterskan. Relationen mellan sjuksköterska och patienten blir då ojämlig eftersom sjuksköterskan ”äger” kunskapen som hen ska förmedla till patienten, mottagaren. Med det här förhållningssättet blir konsekvensen att vid *non-compliance*, när patienten inte följer sjuksköterskans råd, blir misslyckandet för att behandlingsmålet inte uppnåddes patientens eget att bära (14). Det är sjuksköterskans uppgift att förstå *varför* patienten har så kallad *non-compliance*. Evidensbaserad vård innebär *inte* ”kokboksvård” där alla patienter som har diabetes typ 2 ska bemötas, behandlas och motiveras på samma sätt (15). En sjuksköterska som erbjuder samma standardiserade behandling till alla patienter kan istället ses som en ”*non-compliant* sjuksköterska” (16). Ett paradigmskifte har skett och idag strävar vi istället mot att uppnå en kvalitativ kunskapsökning, att patienten förstår mekanismerna bakom sitt beteende och får en djupare förståelse för hur en förändring kan genomföras.

Evidensbaserad vård

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. [...] Vården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. (17)

Evidensbaserad vård innebär vård som grundas på *bästa tillgängliga vetenskapliga kunskap* (18, 19), vilket är kunskap som genom forskning har värderats och kan överföras till andra (20). Kunskapen tas fram genom att ställa en forskningsfråga, systematiskt söka information, sammanställa materialet och kritiskt granska det, tillämpa kunskapen inom omvårdnaden och till sist utvärdera resultatet (21). Att omvårdnaden är evidensbaserad är viktigt dels därför att det är en fråga om hälsoekonomi – att de resurser som finns att tillgå ska användas så effektivt som möjligt (på vård som har visat sig i största möjliga mån nå de resultat som eftersträvas), men även på grund av patientsäkerhet, att resurserna läggs på en så *god* vård som möjligt (20).

Flera forskare har uttryckt en oro över att den *erfarenhetsbaserade* kunskapen, även kallad tyst kunskap, ”know-how” och så vidare, ses ned på och kan komma att gå förlorad om alltför stor vikt läggs på evidensbaserad vård (20). Den evidensbaserade kunskapen består av forskning som är gjord på gruppnivå, vilket inte alltid passar den unika patient som du har framför dig. De flesta forskare idag menar att även den erfarenhetsbaserade kunskapen är en viktig del av sjuksköterskans kompetens och att det är en erfarenhetsbaserad klinisk praxis som används när patientens förutsättningar och preferenser vägs samman med evidensbaserad vård vid utformandet av omvårdnaden (18, 21, 22).

Sjuksköterskan har ett personligt ansvar [...] för att genom livslångt lärande behålla sin yrkeskompetens. (23)

Sjuksköterskor ska under sina yrkesverksamma år hålla sig uppdaterade om aktuell forskning inom sitt arbetsområde (12, 18, 21). Till sin hjälp finns riktlinjer från Socialstyrelsen och i vissa fall även kunskapssammanfattningar från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU). Nedan beskrivs de nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, den skrift från Socialstyrelsen som behandlar rådgivande samtal vid ohälsosamma levnadsvanor.

Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder

Socialstyrelsen (8) definierar ohälsosamma levnadsvanor enligt följande:

- * **Tobaksbruk** innebär framför allt daglig rökning, men även snusning.
- * **Riskbruk av alkohol** inkluderar hög genomsnittlig konsumtion eller intensivkonsumtion.
- * **Otillräcklig fysisk aktivitet** mäts i antalet aktiva minuter för att kunna se en gradvis förändring hos individen.
- * Vid **ohälsosamma matvanor** är fokus på *vad* personen äter (inte mängden), som till exempel hur ofta individen äter frukt/grönsaker eller godis/snacks.

I riktlinjerna listas sex beteendeförändringsmodeller som rekommenderas ligga till grund för rådgivande samtal. Det finns ingen information om hur dessa sex ska användas eller förklaring till huruvida de är teorier som ämnar förklara bakomliggande faktorer eller ska användas som underlag för att utveckla samtalsmetoder (8). Nedan följer en kortfattad presentation av de sex beteendeförändringsmodellerna, utan anspråk på en heltäckande återgivning.

Health Belief Model

Irwin M. Rosenstock skapade till en början *Health Belief Model*, som är en av de första beteendeförändringsteorierna, för att förklara varför individer valde att inte delta i hälsoscreeningar. Modellen kan även användas för att förklara när individen väljer att förändra sina levnadsvanor, vilket enligt modellen sker om hen identifierar ett hot mot sin hälsa som enligt personen själv har allvarliga konsekvenser, om individen ser att det finns en

handling som kan minimera eller eliminera risken och om fördelarna av en förändring enligt individen själv väger tyngre än nackdelarna (24, 25).

Social Learning Theory/Social Cognitive Theory

Social Learning Theory, senare vidareutvecklad till *Social Cognitive Theory*, är skapad av den kanadensiska forskaren Albert Bandura. Inom *Social Cognitive Theory* finns något som kallas för *self-efficacy* (självförtroende) vilket dels innebär att individen är övertygad om att ett visst beteende leder till önskat resultat, och dels att individen tror att hen kommer att klara av att hålla fast vid det specifika beteendet (1). Det handlar inte om tilltro rent generellt, utan tilltro till ett visst beteende i en specifik situation (26). *Social Cognitive Theory* fokuserar på interaktionen mellan individ, beteende och omgivning vilket innebär att självförtroendet är situationsbunden – vid dåligt väder kan personens *self-efficacy* att genomföra fysisk aktivitet vara mycket lägre än vid fint väder (25). Hur stor *self-efficacy* en patient har påverkar i vilken utsträckning initiativ tas till en förändring, hur mycket energi som läggs på förändringen och hur länge hen håller ut när motgångar uppkommer (26). Individens *self-efficacy* i relation till en förändring i sitt beteende beror framför allt på egna erfarenheter av att ha lyckats/misslyckats vid tidigare förändringar och observation av att ha sett andra lyckas/misslyckas (25, 26). Forskning har visat att personer med hög *self-efficacy* har större chans att lyckas genomföra en förändring (26). Enligt *Social Cognitive Theory* bör förändringen börja med små steg som patienten själv har valt och som hen säkert kommer klara av att genomföra (26). Att nå ett delmål kommer stärka patientens *self-efficacy* så att en positiv spiral startas där patienten har större förmåga att klara av förändringen, steg för steg (25). Det handlar om att stärka patientens *self-efficacy* och med det tron på att JAG KAN genomföra den här förändringen.

Theory of Planned Behavior

Theory of Planned Behaviour är en vidareutveckling av *Theory of Reasoned Action*, utarbetade av Icek Ajzen och Martin Fishbein. Teorin fokuserar på intention, vilket är steget omedelbart före förändringen av beteendet. Intention är tudelad och består av individens egen värdering av det önskade beteendet och en så kallad subjektiv norm, vad individen tror att omgivning tycker om beteendet (1, 25). I *Theory of Planned Behaviour*, till skillnad från sin föregångare, finns det som forskarna kallar för *Perceived Behaviour Control* tillagt, vilket innebär att personen själv gör bedömningen att hen har goda möjligheter och tillräckligt med resurser för att lyckas med förändringen, något som till stora drag liknar *self-efficacy* från *Social Cognitive Theory* (24, 25).

Stages of Change/Transtheoretical model

James O. Prochaska har skapat *Stages of Change* som beskriver fem förändringsstadier. *Stages of Change* grundas på antagandet att en förändringsprocess utvecklas gradvis och att individen använder sig av olika förändringsstrategier beroende på var i förändringsprocessen hen är (25). Det är viktigt att ”hitta” patienten där hen befinner sig och anpassa samtalet därefter (9, 25, 27, 28):

1. **Förmedvetet stadium (Inte beredd/Think about it):** Patienten har inte funderat på att ändra sitt beteende eller är inte redo för en förändring. Här bör rådgivande samtal fokusera på vilka skäl som finns för att ändra beteende för att skapa en aktiv reflektion hos patienten. Om patienten tycker sig ha ett problem men inte tror att hen kan göra något åt det behöver sjuksköterskan stärka patientens självtillit.
2. **Medvetandestadium (Övervägande/Go for it):** Intention till förändring finns men patienten är fortfarande ambivalent. Här diskuteras för- och nackdelar med en förändring samt möjliga lösningar på svårigheter och hinder.
3. **Förberedelsestadium (Beslut/Get ready):** Patienten är redo att genomföra en förändring, men har ännu inte påbörjat den. Under detta steg ligger fokus på praktiska metoder, hur förändringen genomförs på bästa sätt.
4. **Aktivitetsstadium (Handling/Keep it going):** Förändringen är nu påbörjad. Patienten behöver nu bekräftelse och stöd, samt hjälp med att hantera de problem som uppkommer utefter vägen.
5. **Vidmaktshållandestadium (Make it a habit):** Det nya beteendet har blivit en vana. Här behöver patienten stöttning för att inte falla tillbaka i gamla ovanor, och en analys kring vilka risker som finns och hur de kan undvikas bör göras.

Det är inte nödvändigt att se stegen som en kronologi, utan patienten kan flytta sig mellan stegen från gång till gång, eller även under samma samtal (27). Exakt hur patienten tar sig från ett stadie till nästa är mindre utvecklat inom teorin, även om det finns några verktyg förklarade (25). Det är tydligt hur idéer/teman från flera av de andra beteendeförändringsmodellerna återkommer, vilket är anledningen till att teorin kallas för *transtheoretical* (29). SBU (25) menar att *self-efficacy* från *Social Cognitive Theory* på senare tid har inkorporerats i *Stages of Change*, och de rekommenderar Motiverande samtal för att skapa förutsättningar för patienten att ta sig från ett förändringstadium till nästa.

Motiverande samtal (MI)

Motiverande samtal (MI efter engelska *Motivating Interviewing*) skapades ursprungligen av William (Bill) R. Miller och Stephen Rollnick och utvecklades inom vården för missbrukare. Det är en samtalsmetodik, men även ett tankesätt för sjuksköterskan.

Sjuksköterskan ska använda så få frågor som möjligt vilket stimulerar patientens autonomi, initiativförmåga och får sjuksköterskan att uppfattas som en empatisk lyssnare (27). Centralt är ett aktivt lyssnande vilket inkluderar öppna frågor, att ge reflektion och spegling som respons och att ibland samt i slutet av samtalet sammanfatta vad som sagts (9, 27). För att skapa förutsättningar för förändring kan sjuksköterskan hjälpa patienten att utveckla diskrepans, att se för- och nackdelar med den nuvarande situationen och en förändring, samt stödja patientens självtillit (27). Sjuksköterskan ska vara aktiv, styra mot en förändring och erbjuda råd, men vara lyhörd för om patienten är mottaglig (9). När patienten uttrycker motståndsyttanden, att hen inte är redo för en förändring, ska sjuksköterskan möta reaktionen med en reflektion följt av en öppen fråga, något som kallas att "rulla med motståndet" (9). Sjuksköterskan kan "locka fram" förändring genom att fokusera på patientens upplevelser och

stödja patienten med att utveckla sina argument till förändring, men ska *inte* ”åtgärda fel” genom att ge information eller försöka övertala (27). Om patienten uttrycker ”förändringsprat”, vilket innebär åtaganden att genomföra en förändring, ska det förstärkas av sjuksköterskan (9, 27).

Kognitiv beteendeterapi (KBT)

Vid KBT ligger fokus på *hur* patienten tänker istället för vad patienten tänker på. Terapiformen är nu inne i den så kallade tredje utvecklingsfasen där känslor och österländsk filosofi är starka inslag, till exempel används *mindfulness* inom KBT idag. Behandlingen grundas på en beteendeanalys där patientens problem identifieras, hur det har uppstått och vad som vidmakthåller det. Tekniker som används är bland andra exponering för något som orsakar patienten obehag och rollspel. (30)

Teoretiskt ramverk

Vad är hälsa?

Jag som sjuksköterska ska utgå från en värdegrund som vilar på en humanistisk människosyn (12). Den traditionella biomedicinska definitionen av hälsa som ”frånvaro av sjukdom” är idag förlegad. Den nuvarande definitionen av hälsa är bredare och fokuserar på upplevd livskvalitet och framför allt *en känsla av välbefinnande* (1, 10). Många forskare beskriver hälsa som en resurs i vardagslivet, inte ett mål i sig utan ett medel för ett gott liv (1, 11). Det innebär att hälsa inte är ett statiskt tillstånd, antingen eller, utan kan mer beskrivas som en process, som en glidande skala, som individen formar och formas av i vardagen. En persons hälsa påverkas givetvis av sjukdom, men även lidande, smärta och sociala faktorer såsom ensamhet och fattigdom (11).

Personcentrerad omvårdnad

Grundaren till teorin anses vara psykologen Carl Rogers och den har (än så länge) främst används vid omvårdnad av personer med demens (31). Grundtanken inom personcentrerad omvårdnad är att alla kan ha ohälsa och att personen inte blir sitt symtom eller sin sjukdom, det vill säga att personen *inte* är diabetiker utan har diabetes (32). Målet är att se personen bakom patientrollen och många forskare väljer därför att använda ordet *person* istället för *patient* i största möjliga mån (33).

I Boströms (34) avhandling om personcentrerad diabetesvård beskrivs att när sjuksköterskorna lyckades upprätthålla en god kommunikation och interagera med patienterna på det nya, personcentrerade sättet, fick de en ökad förståelse för patientens upplevelser av att leva med diabetes typ 2 i vardagen och blev mer engagerade i patientens välmående vilket lade grunden för en närmare sjuksköterska-patientrelation. Att som sjuksköterska arbeta personcentrerat innebär att respektera och bekräfta individens upplevelse och subjektiva tolkning av hälsa samt främja hälsa i betydelsen som den specifika individen avser (32). Vid personcentrerad omvårdnad ses sjukdomen inbäddad i patientens totala livssituation vilket gör att omgivningsfaktorer och närstående blir betydelsefulla i omvårdnaden (32, 35). Patienten

ska vara en aktiv deltagare i ett partnerskap med sjuksköterskan där båda parter har betydelsefull kunskap som gynnar samarbetet (36), något som ofta benämns empowerment. Personcentrerad omvårdnad bör implementeras enligt tre steg (33):

1. INITIERA partnerskapet: lyssna på patientens berättelse
2. ARBETA MED partnerskapet: delat beslutsfattande
3. SKYDDA partnerskapet: dokumentera patientens berättelse

Empowerment har många översättningar, en vanlig är egenmakt (8), men det säger inte så mycket om vad det innebär. Andra översättningar är maktdelning eller medbestämmande (26), där fokus ligger på delaktighet och samarbete mellan sjuksköterska och patient. Empowerment kan sägas vara hjälp till självhjälp, att skapa förutsättningar för att individen ska kunna ta den makt hen är berättigad till, där makt ska förstås som möjlighet att påverka (1). Detta innebär ur ett patientperspektiv att hen mobiliserar sina egna resurser för att kunna påverka sin hälsa och livssituation (37). Det finns även risker med empowerment; en större insats från patienten medför även att ett eventuellt misslyckande kan upplevas som större (35). Det är viktigt att patienten inte känner skam och skuld för sina misslyckanden, och att bakslag ses som ett naturligt steg i förändringsprocessen (9). Inom hälsofrämjande omvårdnad finns idag ett starkt fokus på identifiering och minimering av risker, vilket ersatt begreppet synd som i större utsträckning orsakade skuld- och skamkänslor hos patienten (1). Genom att diskutera yttre beteende och vad patienten gör istället för patientens inre egenskaper och hur patienten är på ett visst sätt, minskar skuldbeläggningen (38).

En personcentrerad vård innebär att ge personen bästa möjliga förutsättningar att göra evidensbaserade val i relation till sin hälsa, men också att låta personen göra de val han/hon önskar samt att respektera och inte moralisera kring personers val. Detta kan exempelvis vara att respektera val som innebär risker för människor, till exempel att äta sötsaker trots diabetes. (32)

Eller med andra ord: "Ett råd är bara ett råd om det kan avvisas" (min översättning) (16). Det är en svår balansgång mellan att genomföra vår uppgift, att göra gott och främja hälsa, men samtidigt respektera patientens rätt till självbestämmande och integritet (14). Sjuksköterskan bör sträva efter delaktighet från patienten så att hens integritet inte kränks (37). En vårdrelation är aldrig helt symmetrisk, men sjuksköterskans målsättning ska vara att skapa en så jämlik relation med patienten som möjligt (39). Detta kan till viss del uppnås genom att vara uppmärksam på att *inte* ha en bristande tilltro till patientens förmåga att förstå, något som till exempel kan tas i uttryck genom användning av ett alltför enkelt språk eller förenklade förklaringsmodeller (35). Det är inte alltid lätt att få patienter att öppna upp sig och diskutera sin vardag och sina problem. Många anser att hur en lever sitt liv är en privatsak och inget som diskuteras med "vem som helst" (1, 35). Att sjuksköterskan har ambitionen att se till hela människan kan enligt Toshach-Gustafsson (35) leda till patientupplevelsen att "hela mitt liv inordnas i hälso- och sjukvårdens kategorier". Men även subjektiva upplevelser tjänar på att systematiseras, kodas, för om de inte blir meningsbärande kan de inte ligga till grund för utformning av hanteringsstrategier eller mål (40).

Problemformulering

Det är sjuksköterskans uppgift vid ett rådgivande samtal att ge råd utifrån sin professionella kunskap om hälsa och sjukdomstillstånd samt att erbjuda emotionellt stöd och ”verktyg” (8). Men vi bör även sträva efter att utföra ett så bra arbete som möjligt med att motivera patienten. Den här uppsatsen utgår ifrån Holm-Ivarssons definition av att sjuksköterskans arbete med att motivera patienten innebär att *stimulera patientens förändringsprocess* (9).

Att hålla i rådgivande samtal är en svår uppgift och flera sjuksköterskor uttrycker att de behöver mer kunskap för att kunna genomföra uppgiften (5). När jag som färdig sjuksköterska börjar arbeta är det mitt ansvar att söka och värdera aktuell forskning för att kunna utforma en evidensbaserad vård (12, 18, 21). Det är en process som är tidskrävande och som kräver övning för att kunna utföras korrekt. I den här uppsatsen planerar jag att genomföra en sådan process med att finna evidensbaserad kunskap om hur sjuksköterskan kan motivera patienter att förändra ohälsosamma levnadsvanor.

Syfte

Syftet är att söka evidensbaserad kunskap om sjuksköterskors rådgivande samtal om ohälsosamma levnadsvanor med personer som har diabetes typ 2.

Forskningsfrågor

- * Vad gör sjuksköterskan i praktiken vid ett rådgivande samtal om ohälsosamma levnadsvanor?
- * Vilka samtalsstrategier använder sig sjuksköterskan av för att stimulera patientens förändringsprocess?
- * Går de beteendeförändringsmodeller som Socialstyrelsen rekommenderar att finna i materialet?

Metod

Vald metod

Den här uppsatsen har inspirerats av metasyntes och följer Fribergs (41) modell för att skapa evidensbaserad kunskap genom att sammanställa, analysera och tolka (framför allt) kvalitativa forskningsresultat. Avsikten med metasyntes är att de teoretiska forskningsresultaten inte bara ska ”ligga på hyllan och samla damm” utan istället gynna det praktiska omvårdnadsarbetet. Jag delar detta synsätt och ämnar därför ge en sammanfattande bild av rådgivande samtal om levnadsvanor som kan ligga till grund för mina framtida arbetsmetoder som sjuksköterska.

Datainsamling

Det finns mycket forskning publicerat som behandlar rådgivande samtal om ohälsosamma levnadsvanor. De flesta är kvantitativa och drar slutsatser kring vilken samtalsmetod som har

bäst effekt eller undersöker om rådgivande samtal är en passande behandling vid önskade beteendeförändringar hos personer med diabetes typ 2. Få artiklar behandlar dock *hur* sjuksköterskan gör och ska göra för att motivera patienter med diabetes typ 2 att genomföra förändringar av sina levnadsvanor.

Sökningen efter artiklar har genomförts i de tre databaserna PubMed, Scopus och Cinahl. De två förstnämnda är främst biomedicinskt inriktade, även om Scopus även är tvärvetenskaplig och innefattar andra ämnesområden som till exempel psykologi. Cinahl har tydligare omvårdnadsfokus. Vid varje sökning lästes sammanfattningarna till de artiklar som verkade intressanta, och de som bedömdes relevanta lästes i fulltext för att granska dess kvalitet. Vid kvalitetsgranskningen användes Fribergs (41) granskningsmall. Utifrån valda artiklar gjordes sedan sekundärsökningar, vilket innebär att söka på artikelns referenser (42). Flera olika sökord användes och de flesta återges i tabellen nedan. Utöver dessa användes även följande sökord i olika konstellationer: *motivation*, *nurse-patient relation/interaction*, *coaching*, *techniques/strategies*, *nurs**. Nyckelord som fanns i de redan valda artiklarna lades till efter hand som nya sökord. Totalt genomfördes sökningar vid fyra olika tillfällen, eftersom många artiklar vid en närmare granskning inte var kompatibelt med uppsatsens syfte. Materialet består till viss del av artiklar som endast delvis täcker det område jag är intresserad av att studera.

Inklusionskriterier

- * Finns tillgänglig i gratis fulltext i Universitetsbibliotekets databas
- * Skriven på engelska
- * Publicerad de senaste tio åren, det vill säga tidigast 2003, för att finna aktuell forskning
- * En vetenskaplig studie, varför avgränsningarna *peer-reviewed*, *research article* (Cinahl), *clinical trials* (PubMed) och *article* (Scopus) använts
- * Fokuserar i första hand på sjuksköterskans perspektiv, inte patientens upplevelse
- * Innehåller material om *hur* ett rådgivande samtal kan se ut
- * Relevant för uppsatsens syfte

Exklusionskriterier

- * Inte en systematik översikt eller rapport

Tabellen på nästa sida visar de sökningar som ledde fram till det material som används i den här uppsatsens resultat. Totalt valdes nio stycken artiklar, en kvantitativ (43) och åtta kvalitativa. Tre av studierna är genomförda i Finland (44-46), två i USA (43, 47), och en vardera i Nederländerna (48), Storbritannien (49), Sverige (50) och Nya Zeeland (51). De tre tidigaste är de finska artiklarna som är skrivna 2003 (44, 46) och 2004 (45). Tre av artiklarna är från 2010 (43, 48, 49) och sedan är tre artiklar publicerade 2011 (47), 2012 (50) respektive 2013 (51).

Tabell 1: Sökning efter artiklar

Datum	Databas	Begränsningar	Sökord	Antal träffar	Valda artiklar	Sekundär sökning
131109	Cinahl	Peer reviewed, Research article	Type 2 diabetes Lifestyle counseling	19	(44)	
131127	Cinahl	Peer reviewed, Research article	Type 2 diabetes Counseling methods	22	(47) (43)	
131127	PubMed	Clinical trials, English, Free full text available	Type 2 diabetes Counseling Change Methods	28	(49)	
131127	Scopus	English, Article	Type 2 diabetes Counseling Change Qualitative	19	(46) (48)	
131128	Scopus	English, Article	Type 2 diabetes Counseling Communication Qualitative	8	(45)	(51)
131204	Scopus	English, Article	Lifestyle intervention Counseling methods Behavior Qualitative	22	(50)	

Dataanalys

Jag började med att läsa varje artikel för sig, med starkt fokus på resultatet. När jag upplevde att jag förstått huvudpoängerna så skrev jag ur minnet upp de olika beståndsdelarna på post-it-lappar. Mina egna reflektioner och funderingar skrevs även de upp, men på lappar av en annan färg. När post-it-lapparna från samtliga nio artiklar var färdiga, började jag para ihop dem för att enligt Fribergs (41) modell finna nya teman till mitt resultat. Temana återfinns i punktlistan som inleder resultatet på nästa sida. Ett antal artiklar användes för att bygga upp ”stommen”, som sedan komplementerades och stöttades upp med material från de övriga artiklarna. Diskussionen grundades på mina egna reflektioner från de olika studierna samt post-it-lappar med stödord från det teoretiska ramverket.

Forskningsetiska överväganden

Vid samtliga studier och intervjuer har deltagarna gett sitt medgivande att materialet får användas för forskning. I de flesta fall har de skriftligen godkänt sitt deltagande. Hur mycket information patienterna eller sjuksköterskorna har fått framkommer dock inte och överlag tycker jag att flera av artiklarna är otydliga med hur deras resonemang kring etik har gått. Studierna har alla godkänts av en kommitté, men i några av artiklarna är det oklart huruvida

kommitteen har arbetat specifikt med etiska överväganden. Jag har under mitt arbete med att bearbeta och analysera materialet gjort mitt bästa för att återge källorna så rättvist som möjligt och att inte vinkla materialet så att det får en felaktig innebörd.

Resultat

De teman som jag funnit i materialet är:

- * Sjuksköterskan ger generell information
- * Problemidentifiering
- * Patienten visar motstånd
- * Öka beredskapen för beteendeförändring och utforma förändringsplan
- * Känsliga ämnen

Resultatet är strukturerat utifrån fyra rådgivningsstilar som kallas för den rekommenderande, den tillåtande, den övertalande och den stöttande (45). Under respektive rådgivningsstil presenteras vilka typer av råd och sjuksköterskestrategier som vanligen tillhör stilen. Till sist diskuteras strategier vid samtal om känsliga ämnen samt de av Socialstyrelsen rekommenderade beteendeförändringsmodellerna. Tabellen nedan visar en sammanfattning av resultatet.

Tabellen visar även hur resultatdelen är strukturerad och kan användas av läsaren för att se den röda tråden och hitta in i materialet. Min förhoppning är att tabellen kan fungera som ett raster som används av läsaren under läsningens gång för att tydligare kunna se hur de olika temana och rådgivningsstilarna förhåller sig till varandra. Resultatet är strukturerat efter rådgivningsstilarna och inte efter temana, eftersom rådgivningsstilarna i vissa fall återfanns inom flera teman. De tomma rutorna återspeglar ”luckor” i materialet.

Tabell 2: Sammanfattning av resultatet

Tema	Rådgivningsstil	Typ av råd	Sjuksköterske-strategi	Resultat
Sjuksköterskan ger generell information	Rekommenderande	Förklarande råd Generella diabetesråd Generell information	Att följa en checklista	För mycket information
Problem-identifiering	Tillåtande (Övertalande)	Svarande råd	Finna lärande-ögonblick Förhandling	Gemensamt beslut
Patienten visar motstånd	Övertalande	Överdrivna hot Individualiserade råd	Finna för- och nackdelar	Låsta positioner

Öka beredskapen för beteendeförändring	Stöttande	Individualiserade råd		Empowerment
Utforma förändringsplan			Social karta Hälsohjul	
Känsliga ämnen		Individualiserade råd med personligt tillägg Förklarande råd	Distansera sig Komma nära Inte ta upp ämnet	
<i>Ytterligare sjuksköterskestrategier</i>			Finna för- och nackdelar Sammanfattning + tystnad ”Småprat” vid praktiskt omvårdnadstillfälle	

Den rekommenderande rådgivningsstilen

Flera av studierna visade att sjuksköterskan i de allra flesta fall vid ett rådgivande samtal börjar med att ge allmänt hållen information utifrån sin professionella kompetens (44-46), vilket innebär att det är sjuksköterskan som tar initiativet och sätter agendan och patienten hamnar då i en passiv roll (44). Den här inledande rådgivningsstilen för sjuksköterskor kan kallas för den *rekommenderande rådgivningsstilen* och är den vanligaste rådgivningsstilen (45). Råden som sjuksköterskan ger ”görs tillgängliga”, men skulle lika gärna kunna läsas i en broschyr eftersom de är allmängiltiga och inte utgår från patientens upplevelse av levnadsvanan. Troligen väljer sjuksköterskor att använda sig av en rekommenderande rådgivningsstil för att det är en ”säker strategi” eftersom de inte klampar in i patientens privatliv. Det kan även ses som ett försök att flytta sig från den auktoritära roll som sjuksköterskor traditionellt har i rådgivande samtal när de berättar för patienten hur hen ska leva ett mer hälsosamt liv (45), men sjuksköterskan kan fortfarande *uppfattas* som auktoritär.

Utdrag från samtal i studien gjord av Kiuru et al. (45) (min översättning):

Sjuksköterska: Det är värt att vara uppmärksam på saltet när du köper mat också, inte bara fett..

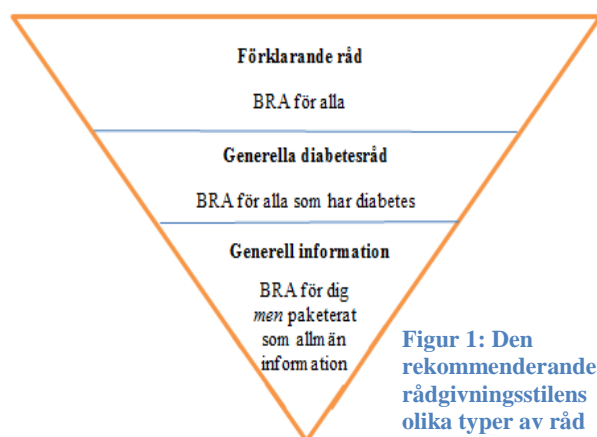
Patient: Jo, ja, vi har gjort det under en lång tid, så..

S: Ja, Jag menar, på sätt och vis är det lika farligt, orsakar stroke och hjärtattack.

P: Ja. Det är faktiskt så att vi har varit försiktiga med saltet sedan slutet av 70-talet.

S: Ja. Och sen, när du vant dig använda mindre salt, märker du knappt skillnaden längre.

Den rekommenderande rådgivningsstilens olika typer av råd



Vid den här rådgivningsstilen ger sjuksköterskan tre olika typer av råd (49), vilka ses i tratten bredvid som är en illustration av *min* tolkning av materialet. Förklarande råd är den vidaste formen av råd som består av information som "alla vet", som till exempel att det är bra att utföra fysisk aktivitet. Vid generella diabetesråd har rådet blivit något smalare eftersom det är råd som ges specifikt till patienter med diabetes, som till exempel

vikten av god fotvård, men det är fortfarande inte klarlagt om den enskilde patienten är i behov av det råd som ges. Längst ned i tratten finns råd som sjuksköterskan *tror* är relevanta för patienten och ofta läser hen innantill från en broschyr eller använder ett inövat manus om till exempel varför det är bra att äta mycket frukt och grönt. Det finns inget som säger att råden *inte* är relevanta för patientens hälsosituation (även om så inte alltid är fallet), men genom att paketera råden som generell information adresseras inte patientens ägarskap av problematiken, vilket gör att grunden för en gemensam överenskommelse saknas (49).

Sjuksköterskestrategi vid den rekommenderande rådgivningsstilen: Att följa en checklista

Det framkom i flera av studierna att ett protokoll eller en checklista är ett vanligt hjälpmedel för sjuksköterskor vid rådgivande samtal. Genom att använda en checklista säkrades att "allt viktigt" tagits upp under samtalet och sjuksköterskan checkade av det som borde kontrolleras för patienter som har diabetes typ 2, som till exempel blodsockerkontroll (49, 51). Vissa sjuksköterskor var flexibla och stuvade om i ordningen efter hur patienten berättade, och då fungerade det som en "kom ihåg-lapp" för sjuksköterskan (49). Det är sjuksköterskans uppgift att veta vad det är som ska frågas om och vad frågorna innefattar, till exempel så "missade" patienterna ofta fiberintag när de diskuterade sina matvanor, något som sjuksköterskan då frågade specifikt om i en följdfråga (46). Flera sjuksköterskor påpekade dock att de ansåg att det är dietistens uppgift att ge rådgivning om matvanor, men om patienten inte ville gå till en dietist eller om en dietist inte fanns att tillgå, valde ändå sjuksköterskan att ge råd om matvanor (48).

Effekter av den rekommenderande rådgivningsstilen

Patienten gav ofta ingen respons på den rekommenderande rådgivarstilen och förblev passiv under samtalet (45). När sjuksköterskan följde ett protokoll upplevde de flesta patienter att det

blev för mycket information som inte gick att sälla i, det gick inte att utskilja det viktiga ur allt ”brus” (51). Det fanns inget utrymme för patientens upplevelse och reflektioner, vilket paradoxalt stängde ute patienten från diskussionen om sin egen hälsa (49).

I de fall som patienten avbröt sjuksköterskan kunde framför allt tre olika scenarier utskiljas:

Tabell 3: Effekter av den rekommenderade rådgivningsstilen

Rekommenderande rådgivningsstil	Patientrespons	Ny rådgivningsstil
	Ställde en fråga	Tillåtande
	Uppvisade motstånd	Övertalande
	Började berätta om sina egna misslyckanden/bakslag	Stöttande

Den tillåtande rådgivningsstilen och probleminentifiering

Om patienten avbröt sjuksköterskan och ställde en fråga, stannade sjuksköterskan oftast upp och började diskutera på ett individualiserat sätt vilka fakta som fanns kring patientens problem, vilket ledde till en mer individualiserad rådgivning (45, 49). Dessa råd kallas för ”svarande råd” (49). Vid den tillåtande rådgivningsstilen formulerade sjuksköterskan förändrade levnadsvanor som ett åtagande som patienten *borde* åta sig för sitt eget bästa (45). Precis som vid den rekommenderande rådgivningsstilen så behöll sjuksköterskan under den tillåtande stilen kontrollen över samtalet. Vid probleminentifieringen, det vill säga när en diskussion kring patientens problem fördes, använde sig sjuksköterskan främst av den tillåtande rådgivningsstilen, även om hen ibland gick över till den övertalande rådgivningsstilen om patienten visade motstånd, som i citatet som återges under den övertalande rådgivningsstilen.

Probleminentifiering bör vara sjuksköterskans främsta fokus när hen möter en patient som befinner sig på det andra medvetandestadiet i *Stages of Change* (46), det vill säga där de flesta patienter befinner sig när sjuksköterskan träffar dem för ett första rådgivande samtal. Istället för att utgå från patientens berättelse ställde sjuksköterskan frågor och ”letade” problem i patientens svar (44). Vid första mötet var ansatsen relativt bred, men när en probleminentifiering blivit fastslagen, var ”siktet” låst och de följande tillfällena fokuserade på det enskilda problemet (44).

Sjuksköterskestrategi vid den tillåtande rådgivningsstilen: Skapa lärandetillfällen

Det var enligt Cohen et al. (47) störst möjlighet att genomföra en lyckad beteendeförändring om startpunkten för förändringsprocessen var ett problem som patienten tog upp på eget initiativ. I en studie beskrevs ett formulär som patienten hade fått fylla i innan samtalet, där frågor om levnadsvanor fanns med (50). Från ett sådant formulär kunde sjuksköterskan utläsa vad *patienten* tyckte och tänkte om sina levnadsvanor. Enligt *Health Belief Model* bör sjuksköterskan hjälpa patienten att se sambandet mellan sitt beteende och dess konsekvenser för sin ohälsa (25). Det problem som patienten har identifierat kanske inte alltid är strikt

hälsorelaterat, eller bygger på felaktiga antaganden. Till exempel beskriver Cohen et al. (47) en patient som snart ska få barn och som är rädd för döden, speciellt eftersom hens syster nyligen gått bort i cancer. Genom att ”bygga en bro” mellan klagörandet att cancer inte är ärftligt, men det är diabetes i större utsträckning, och att det är en större risk att patientens ohälsosamma levnadsvanor kan leda till en förtida död så att patienten inte kan få se sitt blivande barn växa upp, skapades ett så kallat lärande ögonblick, vilket är ögonblick som ökar patientens motivation att förändra sina levnadsvanor (47). Dessa lärande ögonblick kan ses som tillfället i ett rådgivande samtal då en gemensam problemformulering skapas, vilket blir grunden för den fortsatta förändringsprocessen.

Sjuksköterskestrategi vid den tillåtande rådgivningsstilen: förhandling

Karhila et al. (44) menar att problemidentifieringen sällan är gemensam, men att detta nödvändigtvis inte är något negativt så länge sjuksköterskan och patienten efter en förhandling kommer fram till ett gemensamt beslut. En förhandling som följer en problemidentifiering kan vara ett tillfälle för empowerment och aktivt partnerskap. Oftast är det sjuksköterskan som adresserar problemet, vilket leder till en överenskommelse som beskrivs på tre sätt: (1) direkt (får på direkt fråga medhåll från patienten), (2) spontan (får medhåll från patienten) eller (3) inbäddad (frågar inte vad patienten tycker). Även patienten kan adressera problemet, vilket benämns gömd överenskommelse, då sjuksköterskan i dessa fall inte bekräftar problemformuleringen utan behöll agendan. När sjuksköterskan genomförde en inbäddad överenskommelse stötte de ofta på motstånd från patienten vilket kunde leda till övertalningsförsök, men både de direkta och spontana överenskommelserna kunde leda till en givande förhandling där lösningar på problemet diskuterades. Karhila et al. (44) menar att en patients så kallade minimala respons, att bara nicka eller säga ja, något som i andra studier har tolkats som passivt motstånd, kan vara tillräckligt för att bygga vidare på för att nå en överenskommelse. Olika förhandlingstekniker identifierades där sjuksköterskan kunde ge villkorade förslag, ställde direkta frågor eller öppna frågor (vilket var ovanligt). Karhila et al. (44) kunde inte hitta att en målsättning med förändringen diskuterades vid rådgivande samtal utan målet med förhandlingen var att nå ett gemensamt beslut om vilka lösningar på problemet som fanns att tillgå, och vilka hanteringsstrategier som skulle väljas. I det här perspektivet blir fokus på problemlösning stort, men hur patientens resurser för att kunna genomföra förändringen kan stärkas eller hur sjuksköterskans stöd till patienten under förändringsprocessen ska utformas behandlas inte. (44)

Den övertalande rådgivningsstilen

När sjuksköterskor stötte på motstånd från patienten övergick de oftast till en *övertalande rådgivningsstil*, vilket ledde till en negativ spiral där ingen utav parterna ville backa, sjuksköterskans förmåga att förstå de bakomliggande faktorerna till patientens beteende minskade och även överdrivna hot förekom från sjuksköterskan, som till exempel att ”fet ost stannar i venerna” (min översättning)(45). Paradoxalt nog blir råden vid den här stilen i högre utsträckning individualiserade och sjuksköterskan använde sig bland andra av strategin att diskutera för- och nackdelar med patientens beteende (45).

Utdrag från samtal i studien gjord av Karhila et al.(44) (min översättning):

Sjuksköterska: Du kan också tvinga dig själv att träna. Jag menar bokstavligen tvinga dig själv under ett par veckor och sen tänka över det igen. Resonera om det om du vill. Jag tror att det då finns en känsla av välmående som kan ta över. Bara tvinga dig själv nu, det är vår och vädret är bra.

Patient: Jag tror inte jag kan *börja* må bra, för jag mår bra nu. Det tror jag inte. Jag tror inte alls att jag [...] att vara otränad eller så. Jag menar, jag kan göra allt jag vill göra.

S: Hmm, men kan du.. Du är en förnuftig kille så.. Kan du tänka på ditt liv i framtiden? Är det värt att fortsätta äta tabletter och så vidare när du kan få samma resultat genom träning?

(Samtalet fortsätter med att patienten säger att sjuksköterskan har rätt, *men* att motivationen för att börja träna saknas. Sjuksköterskan räknar upp fördelar med fysisk aktivitet som kommer att märkas när patienten blir äldre.)

P: Det är ju det som är grejen, det är inte om idag.

S: Nej du kommer inte märka skillnad idag.

P: Det är därför man alltid kan börja imorgon...

Den stöttande rådgivningsstilen

Vid den *stöttande rådgivningsstilen* får patienten positiv feedback eller stöd från sjuksköterskan vilket ökar patientens förmåga att agera, att själv ta ansvar för sitt beteende, något som är närbesläktat med empowerment (45). Vid den här stilen ges individanpassade råd, som till exempel att ta upp svårigheter kring matvanor om det är en högtid närstående. Responsen från patienten var nästan alltid positiv och hens förmåga att förändra sitt beteende i vardagen stärktes (49). Oftast använder sig sjuksköterskan av denna rådgivningsstil när patienten berättar om ett bakslag eller misslyckande, eller när patientens resurser diskuteras (45). Det borde även vara den bästa rådgivningsstilen för att stötta patienten att öka sin beredskap inför en förändring (öka patientens *readiness* i engelsk litteratur), men om detta finns det inget om i någon utav studierna, utöver konstaterandet att det bör ske med patienter som befinner sig på något av de tre mittersta stadierna i *Stages of Change* (46). För patienter i de två sista stegen i *Stages of Change*, de som genomför och vidmakthåller förändringen, är det även sjuksköterskans uppgift att stötta patienten med att utforma en förändringsplan, hanteringsstrategier och "verktyg" till genomförandet av förändringen (8, 46). Även i detta skede av det rådgivande samtalet tycks den stöttande rådgivningsstilen vara att föredra, eftersom det är högst individuellt med vad och hur patienten behöver stöd samt vilka resurser, men även förutsättningar, problem och risker som är aktuella för den specifika patienten. Här har det stor betydelse att patienten ges utrymme att vara aktiv och vara experten på hur det är

”att vara jag”, medan sjuksköterskan har förmåga att lyssna aktivt och bistå med emotionellt stöd (45, 47).

Sjuksköterskestrategier vid den stöttande rådgivningsstilen: social karta och hälsohjul

Det finns olika typer av arbetsmaterial som sjuksköterskan och patienten tillsammans kan använda sig av för att utforma en förändringsplan. En av dessa är en så kallad social karta där lokala träningslokaler och så vidare finns utmärkta, för att finna inspiration till och information om fysisk aktivitet (48). En annan är hälsohjulet, som består av flera domäner som till exempel matvanor, där patienten får skatta hur nöjd hen är mellan 0-100% (43). Detta används som underlag för att se inom vilken domän som patientens problem ligger, för att identifiera patientens resurser och som stöd vid utformandet av patientens hälsomål.

Sjuksköterskestrategier vid känsliga ämnen: distansera sig, komma nära eller inte säga något alls

När ämnen som är känsliga eller privata tas upp under rådgivande samtal kan två dominerande strategier skönjas, vilka kan ses som motsatser. Antingen väljer sjuksköterskan att prata i passiv form, som till exempel ”man kan säga att det är i överkant” [*implicit: att äta så mycket som du gör*] eller ”forskningen har visat att...” (44, 51). På så sätt pekar sjuksköterskan inte ut patienten personligen och lämnar öppet om patienten vill ta tag i ämnen om hen så önskar. Dessa råd liknar de förklarande råd som används vid den rekommenderande rådgivningsstilen. Den andra strategin innebär istället att rådet är individanpassat men med ett personligt tillägg från sjuksköterskan, då hen visar att jag är medveten om hur svårt och jobbigt det här är (49). Till exempel så svarade en sjuksköterska att ”nej, vem skulle klara det..?” när en patient berättade om sitt misslyckande att följa en viss diet (44).

Det finns ytterligare en strategi, vilken är att överhuvudtaget inte ta upp det som sjuksköterskan uppfattar som ett känsligt ämne. En sjuksköterska ville inte ta upp svåra frågor med patienten eftersom det skulle riskera relationen med patienten, trots att hen visste att det borde göras (48). En annan sjuksköterska från en svensk studie preciserade att det framför allt var frågor kring alkoholvanor som var svåra att ställa. Hen tyckte att det var lättare att diskutera när alkoholvanor var en av många levnadsvanor som togs upp, men ändå valde hen ibland att inte ställa frågor om detta (50).

Ytterligare sjuksköterskestrategier

Till att börja med konstaterar Kiuru et al. (45) att de flesta sjuksköterskor har sin uppsättning av strategier som hen använder oavsett vilken patient det för tillfället gäller. En återkommande samtalsstrategi var att diskutera fördelar och nackdelar med patientens nuvarande situation och med en förändring (45, 46). En sjuksköterska använde sig av att sammanfatta under samtalet det patienten sagt så långt, och lämnade sedan en paus av tystnad för reflektion för att se om patienten tog upp initiativet därefter (51). En annan sjuksköterska utnyttjade ett praktiskt omvårdnadstillfälle, när hen undersökte en patients fötter, för att

”småprata”, vilket avdramatiserade samtalet så att patienten i större utsträckning kunde prata fritt om sina känslor (51).

Beteendeförändringsmodellerna rekommenderade av Socialstyrelsen i materialet

Två av artiklarna bygger uttryckligen på en av beteendeförändringsmodellerna, nämligen *Health Belief Model* (47) och *Stages of Change* (46). Dessutom nämns strategin att diskutera för- och nackdelar, en strategi som återfinns i båda de ovan nämnda modellerna, men även i MI, som kallar det att skapa diskrepans. En annan samtalsstrategi inom Motiverande samtal är att *rulla med motståndet*, det vill säga att när patienten uttrycker motstånd backar sjuksköterskan för att senare angripa problematiken från en annan vinkel. I de olika studierna finns det beskrivet hur vissa sjuksköterskor gör detta, till exempel Cohen et al. (47) uttrycker att det finns flera lärandeögonblick under samma samtal. Kanske kan även förhandlingen som sjuksköterskor i studien gjord av Karhila et al. (44) genomförde tolkas som att rulla med motståndet, när de valde att förhandla med patienten om hen ifrågasatte problemformuleringen. Kiuru et al. (45) nämner MI-strategin i sin diskussion, men konstaterar att det vanligaste vid motstånd från patienten var istället att sjuksköterskorna använde sig av den övertalande rådgivningsstilen. Även MI-strategin att sammanfatta vad som sagts så långt, användes i en av studierna. I resonemang kring den stöttande rådgivningsstilen låter det som det diskuteras hur patientens *self-efficacy* kan stärkas, men det är aldrig uttalat att det grundas på *Social Cognitive Theory*. *Theory of Planned Behavior* samt KBT fanns inte återgivna i materialet.

Diskussion

Metoddiskussion

Jag hade svårt att finna användbara sökord. Det kan tyckas att *motivation* borde vara ett givande sökord, men sökningar med *motivation* gav främst träffar med patientperspektiv. Jag försökte även att kombinera med *nurs**, men fick då istället mycket få träffar. Jag använde mig av svensk MeSH för att finna sökord, men la även till ord från artiklar som jag fann vid tidigare sökningar. Till exempel visade det sig att *change*, som jag hittade som nyckelord i en artikel, vara ett bra sökord. Det finns alltid en risk att sökord och därmed artiklar kan missas, men att samma träffar kom upp på de flesta olika kombinationerna av sökorden borde tyda på att jag har funnit en stor del om det som är skrivit om ämnet.

Majoriteten av materialet är baserat på patienter med diabetes typ 2, i de flesta fall nydiagnostiserade och ännu inte insulinbehandlade patienter. Vissa av studierna har även inkluderat personer med nedsatt glukostolerans, som är ett förstadium till diabetes (44, 45), i en studie har endast en fjärdedel av deltagarna diabetes typ 2 (47) och en artikel behandlar inte någon specifik patientgrupp (50). Två av artiklarna berör inte alla ohälsosamma levnadsvanor utan behandlar specifikt matvanor (45, 46). En studie är allmänt om kommunikationen mellan sjuksköterska och patient (51) och en studie behandlar mer

motivation till egenvård än motivation till beteendeförändring (49). Två av artiklarna är intervjuer med sjuksköterskor och till viss del annan sjukvårdspersonal om hur de uppfattar arbetet med rådgivande samtal, och alltså ingen studie med deltagande patienter (48, 50). Dessa kompromisser har fått göras på grund av att jag inte kunde finna tillräckligt med material som passade precis in på mitt syfte. Jag har gjort bedömningen att alla artiklar innehåller relevant kunskap, även om jag har använt olika mycket från olika studier beroende på dess fokus och innehåll. Jag skulle även ha kunnat leta efter artiklar som handlar om rådgivande samtal, men med fokus på en annan patientgrupp än personer med diabetes typ 2, som till exempel patienter med högt blodtryck, eftersom flera olika diagnoser delar liknande problematik. Jag kom dock på detta alltför sent och hann därför inte testa om det skulle kunna vara gynnsamt.

En av de valda artiklarna har en kvantitativ ansats och jämför patienternas medicinering, fysisk aktivitet, engagemang, välmående och långtidsblodsocker före och efter ett antal rådgivande samtal för att se hur god effekt interventionen har haft (43). Från den kvantitativa artikeln har jag endast använt beskrivningen av arbetsmaterial för samtal om levnadsvanor. Det finns väldigt många kvantitativa artiklar skrivna om rådgivande samtal med personer som har diabetes typ 2. Många av de kvantitativa artiklarna som jag fann hade intressanta tankegångar som diskuterades i bakgrund eller inledning, men eftersom det inte presenterades under resultat, så har jag inte kunnat inkludera det i mitt material. Jag antog att dessa resonemang är artikelförfattarnas egna eftersom källhänvisning till någon annan forskning saknades, och jag kunde därför inte söka vidare.

I ett av fallen har forskare varit närvarande och fört anteckningar (50) och i sju studierna har forskarna transkriberat samtal från video (44, 45, 51) eller ljudupptagning (46-49). I två av studierna har samtalen genomförts över telefon (43, 49). Det är ett spännande arbetssätt och jag tror forskarna har rätt i att samtalen blir så autentiska om möjligt när ingen annan än sjuksköterskan och patienten är närvarande i rummet. När ljud- eller bildupptagning används är det viktigt att alla deltagarna är väl medvetna om hur materialet kommer användas, men det finns inte beskrivet i artiklarna hur mycket information deltagarna har fått. Jag saknar även ett resonemang kring könsfördelningen på patienter och framför allt sjuksköterskorna i studierna. Jag förstår *varför* det är en så stor majoritet som är kvinnor eftersom fördelningen i sjuksköterskeåren ser ut så i stort, men ingen av forskarna diskuterar hur sjuksköterskans kön kan påverka samtalet. Överlag finns en avsaknad i materialet kring sjuksköterskans personlighet, preferenser och kunskapsbas, detta trots att det har visat sig att sjuksköterskan ofta har sina samtalsstrategier som hen föredrar, oavsett patientens behov.

Jag är av uppfattningen att de flesta rådgivande samtal om ohälsosamma levnadsvanor hålls av distriktsköterskor i Sverige idag, något jag inte tagit hänsyn till i denna uppsats. I tre utav studierna är det inte sjuksköterskor som genomför samtalen, utan annan personal såsom läkare eller professionella coacher (43, 47, 49). Detta ser jag som en stor brist i mitt material.

Resultatdiskussion

I den studie där *Stages of Change* användes för att identifiera var i förändringsprocessen som patienterna befann sig, var ingen patient i första stadiet (46). En trolig förklaring är att patienterna själva har uppfattat ett problem och därför sökt sig till sjukvården (då är de redan på andra stadiet), varför det ter sig naturligt att börja med att fråga vad patienten upplever är orsaken till sin ohälsa. För att ”initiera partnerskapet” och för att lägga grunden till att arbeta personcentrerat bör startpunkten för ett rådgivande samtal vara patientens berättelse (33), men få sjuksköterskor genomförde detta i praktiken. Istället letade de problem genom att ställa frågor till patienten, och när ”siktet” väl var låst, lades allt fokus på det identifierade problemet (44). Det känns problematiskt utifrån den breda hälsodeinitionen inom den humanistiska människosynen att vid ett rådgivande samtal fokusera på en enskild levnadsvana, som om den ovanan skulle vara en isolerad ö från resten av patientens vardag. Vid personcentrerad vård ska hänsyn till patientens totala livssituation tas vid utformandet av förändringsplanen, vilket innebär att sjuksköterskan borde vara intresserad av att få reda på mer om patientens vardag och omgivning, istället för att endast leta problem. Ett alternativ för att problemidentifieringen ska utgå från patientens upplevelse av sina levnadsvanor kan vara att patienten får fylla i ett formulär innan som sedan ligger till grund för samtalet (50). Detta kan även gynna de patienter som inte är så talföra, eller som känner sig obekväma med att sitta och diskutera sina upplevelser med en okänd människa.

När generella diabetesråd ges, det vill säga råd som riktar sig allmänt till alla som har diabetes (49), utför sjuksköterskan i viss mån det som Sackett (15) kallar för ”koksboksvård”, något som evidensbaserad vård blivit beskyllt för att vara (52). Materialet visade att alltför ofta var det just så som ett rådgivande samtal tyvärr såg ut, genom att sjuksköterskan använde sig av en checklista. Frågan är varför vi ska veta bara för att veta, om vi inte sedan använder den information vi samlat in för att utforma omvårdnaden. Det går att ur materialet utläsa en oklarhet kring var gränserna för sjuksköterskans kompetens och yrkesansvar går. Flera sjuksköterskor uttrycker att rådgivning kring matvanor bör överlämnas till dietister, men trots det utför sjuksköterskor kostrådgivning i stor utsträckning (48). När patienterna själva fick berätta om sina matvanor glömde de ofta att ta upp fiberintag, vilket sjuksköterskorna då frågade specifikt om (46). Sjuksköterskor ska främja hälsa och inte bara se den biomedicinska sjukdomen, vilket enligt det personcentrerade synsättet innebär att även om fiberintag ofta är ett problemområde för patienter som har diabetes typ 2, behöver det inte vara ett problem för den enskilda patientens hälsa. Sjuksköterskorna använde sin kunskap om att en fiberrik kost ofta är betydelsefull för ökat välmående hos patienter med diabetes typ 2, och att ta upp frågan är *inte* fel. Det blir dock problematiskt när sjuksköterskan *antar* att det är ett problem för patienten, och inte släpper på kontrollen över problemidentifieringen. Att sjuksköterskor i hög grad driver sin egen agenda vid rådgivande samtal är problematiskt av flera skäl. Vissa av de individualiserade råd som framkom i materialet kan tolkas som maktmissbruk, som till exempel när sjuksköterskor använder sin kunskap för att formulera hot (45).

I studierna framkom många gånger att det saknades en förståelse för och en flexibilitet inför att patienter är olika. Materialet visar att en patient som tar för sig och är aktiv under samtalet

får ut mer av samtalet. Till exempel kan patientens frågor ses som en ”genväg” från den rådgivande rådgivningsstilen till den stöttande rådgivningsstilen då sjuksköterskan ger mer individualiserade råd (45, 49). Vissa personer har inte en sådan personlighet att de kommer att välja den pådrivande rollen, oavsett hur bekväma eller bekräftade de känner sig. Alla patienter behöver olika mycket stöttning och det är det som är svårt men utmanande med det här yrket. Oavsett vilket hjälpmedel eller samtalsstrategi som väljs är det viktigt att inte hålla fast vid den om det visar sig att den inte passar den enskilde patienten. Personcentrerad vård innebär delat beslutsfattande, att sjuksköterska och patient gemensamt ingår i ett partnerskap (33, 36). *Empowerment* kan ses som hjälp till självhjälp (1), vilket innebär att sjuksköterskan ska stötta patienten, som genomför förändringen, vilket sjuksköterskorna i studierna som använde sig av den stöttande rådgivningsstilen gjorde. En strävan mot *empowerment* ska inte få till följd att sjuksköterskan avsäger sig sitt ansvar. Vissa sjuksköterskor uttrycker uppgivenhet och frustration över att patienten inte gör vad de tycker hen borde göra (5, 48), men det för inget gott med sig att skuldbelägga patienten. Alla vill inte förändra sina levnadsvanor och det måste sjuksköterskan acceptera (32). Personcentrerad vård innebär att respektera patientens upplevelse av levnadsvanan och om hen anser att det *inte* är ett problem så är det inte sjuksköterskans uppgift att arbeta mot en förändring.

Slutsatser

Vid rådgivande samtal om ohälsosamma levnadsvanor gav sjuksköterskan generell information, hen identifierade patientens problem och för att stimulera patientens förändringsprocess bör hen även öka patientens beredskap för beteendeförändring och stötta patienten vid utformandet av en förändringsplan.

Forskning visar att sjuksköterskans strategier vid rådgivande samtal kunde se ut på en mängd olika vis: rekommenderande, tillåtande, övertalande och stöttande. Den stöttande rådgivningsstilen framstod som den bästa i förhållande till ett personcentrerat förhållningssätt.

De av Socialstyrelsen rekommenderade beteendeförändringsmodellerna fanns inte så väl representerade i studierna. Två av artiklarna vilade uttryckligen på *Stages of Change* respektive *Health Belief Model*. Dessutom använde sig sjuksköterskor i de olika studierna av flera MI-strategier.

Mitt material visar att sjuksköterskor behöver mer kunskap om och träning i att hålla rådgivande samtal. Jag upplever att jag genom skrivandet av denna uppsats har kommit en liten bit på vägen med att få insikt i hur jag bör tänka och agera när jag ska stötta patienter som vill genomföra en förändring i sitt liv.

Källförteckning

1. Pellmer K, Wramner B, Wramner H. Grundläggande folkhälsovetenskap / Kristina Pellmer, Bengt Wramner, Håkan Wramner ; [foto: Håkan Wramner]. Stockholm: Liber; 2012.
2. Berne C. Diabetes mellitus. In: Berglund G, Abrahamsson H, Wilhelmsson J, editors. Internmedicin. Stockholm: Liber; 2006. p. 428-73.
3. Gallegos EC, Ovalle-Berúmen F, Gomez-Meza MV. Metabolic control of adults with type 2 diabetes mellitus through education and counseling. *Journal of Nursing Scholarship*. 2006;38(4):344-51.
4. Whittemore R, Melkus GD, Alexander N, Zibel S, Visone E, Muench U, et al. Implementation of a lifestyle program in primary care by nurse practitioners. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*. 2010;22(12):684-93.
5. Jallinoja P, Absetz P, Kuronen R, Nissinen A, Talja M, Uutela A, et al. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*. 2007;25(4):244-9.
6. Morrison F, Shubina M, Turchin A. Lifestyle counseling in routine care and long-term glucose, blood pressure, and cholesterol control in patients with diabetes. *Diabetes Care*. 2012;35(2):334-41.
7. Absetz P, Oldenburg B, Hankonen N, Valve R, Heinonen H, Nissinen A, et al. Type 2 diabetes prevention in the real world: Three-year results of the goal lifestyle implementation trial. *Diabetes Care*. 2009;32(8):1418-20.
8. Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder 2011. Tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Stöd för styrning och ledning. Socialstyrelsen, 2011.
9. Holm Ivarsson B. Motiverande samtal, MI. In: Fossum B, editor. Kommunikation : samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 199-230.
10. Hedelin B, Jormfeldt H, Svedberg P. Hälsobegreppet - synen på hälsa och sjuklighet. In: Friberg F, Öhlén J, editors. Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 237-62.
11. Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete. Svensk sjuksköterskeförening, 2008.
12. Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska. Socialstyrelsen, 2005.
13. Ringsberg KC. Livsstil och hälsa. In: Friberg F, Öhlén J, editors. Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 263-94.
14. Hansson Scherman M, Friberg F. Patienten gör inte som vi vill. In: Hansson Scherman M, Runesson U, editors. Den lärande patienten. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 15-88.
15. Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. 1996. *Clinical orthopaedics and related research*. 2007;455:3-5.
16. Holm S. What is wrong with compliance? *Journal of Medical Ethics*. 1993;19(2):108-10.
17. Patientsäkerhetslag 2010:659.
18. Bengtson A, Drevenhorn E. Evidensbaserad omvårdnad, sjukvård och kunskap. Introduktion till en granskningsmodell. *Vård i Norden*. 2002;22(2/64):48-51.
19. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. . Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2013.

20. Norberg A. Erfarenhetsbaserad kunskap i relation till en evidensbaserad kunskap (föredrag). In: Östlinder G, Norberg A, Poilhammar Andersson E, Öhlén J, editors. Erfarenhetsbaserad kunskap : vad är det och hur värderar vi den? Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening; 2006. p. 51-6.
21. Evidensbaserad vård och omvårdnad. Svensk sjuksköterskeförening, 2011.
22. Att arbeta evidensbaserat: Socialstyrelsen; 2013. Available from: <http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/attarbetaevidensbaserat>.
23. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Svensk sjuksköterskeförening, 2007.
24. Nutbeam D, Harris E, Wise M. Theory in a nutshell : a practical guide to health promotion theories. North Ryde, N.S.W.: McGraw-Hill Australia; 2010.
25. Metoder för att främja fysisk aktivitet. Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2007.
26. Fossum B. Framgångsrika kommunikationsmodeller. In: Fossum B, editor. Kommunikation : samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur; 2007. p. 187-98.
27. Forsberg L, Berglind O, Forsberg K. Motiverande samtal för att uppmuntra fysisk aktivitet: manual. Statens folkhälsoinstitut, 2009.
28. Kim CJ, Hwang AR, Yoo JS. The impact of a stage-matched intervention to promote exercise behavior in participants with type 2 diabetes. International Journal of Nursing Studies. 2004;41(8):833-41.
29. Doherty Y, Roberts S. Motivational interviewing in diabetes practice. Diabetic medicine : a journal of the British Diabetic Association. 2002;19 Suppl 3:1.
30. Kåver A. KBT i utveckling [Elektronisk resurs] : en introduktion till kognitiv beteendeterapi. Stockholm: Natur och kultur ;; 2006.
31. Edvardsson D. Personcentrerad omvårdnad - definition, mätskalor och hälsoeffekter. In: Edvardsson D, editor. Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2010. p. 29-38.
32. Personcentrerad vård. Svensk sjuksköterskeförening, 2010.
33. Ekman I, Swedberg K, Taft C, Lindseth A, Norberg A, Brink E, et al. Person-centered care - Ready for prime time. European Journal of Cardiovascular Nursing. 2011;10(4):248-51.
34. Boström E. Proximity and distance : challenges in person-centred care for diabetes specialist nurses in primary health care. Umeå: Umeå Universitet; 2013.
35. Toshach Gustafsson I. Patientcentrering och dess risker - några reflektioner. In: Hansson Scherman M, Runesson U, editors. Den lärande patienten. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 171-218.
36. Personcentrerad vård: Centrum för personcentrerad omvårdnad, Göteborgs universitet. Available from: http://www.gpcc.gu.se/digitalAssets/1454/1454150_gpcc-broschyr-147x147_130619.pdf.
37. Baggens C, Sandén I. Omvårdnad genom kommunikativa handlingar. In: Friberg F, Öhlén J, editors. Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 201-36.
38. Rautalinko E. Samtalsfärdigheter : stöd, vägledning och ledarskap. Stockholm: Liber; 2007.
39. Snellman I. Vårdrelationer - en filosofisk belysning. In: Friberg F, Öhlén J, Edberg A-K, Castoriano M, editors. Omvårdnadens grunder Perspektiv och förhållningssätt. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 377-408.

40. Florin J. Omvårdnadsprocessen. In: Ehrenberg A, Wallin L, Edberg A-K, Castoriano M, editors. *Omvårdnadens grunder Ansvar och utveckling*. Lund: Studentlitteratur; 2009. p. 48-81.
41. Friberg F. Att bidra till evidensbaserad omvårdnad med grund i analys av kvalitativ forskning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 121-32.
42. Östlundh L. Informationssökning. In: Friberg F, editor. *Dags för uppsats : vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. Lund: Studentlitteratur; 2012. p. 57-80.
43. Wolever RQ, Dreusicke M, Fikkan J, Hawkins TV, Yeung S, Wakefield J, et al. Integrative Health Coaching for Patients With Type 2 Diabetes. *Diabetes Educator*. 2010;36(4):629-39.
44. Karhila P, Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L. Negotiation in type 2 diabetes counseling: From problem recognition to mutual acceptance during lifestyle counseling. *Qualitative Health Research*. 2003;13(9):1205-24.
45. Kiuru P, Poskiparta M, Kettunen T, Saltevo J, Liimatainen L. Advice-giving styles by finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. *Journal of Health Communication*. 2004;9(4):337-54.
46. Kasila K, Poskiparta M, Karhila P, Kettunen T. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: A transtheoretical model-based assessment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*. 2003;16(3):159-66.
47. Cohen DJ, Clark EC, Lawson PJ, Casucci BA, Flocke SA. Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care. *Patient Education & Counseling*. 2011;85(2):e8-e15.
48. Jansink R, Braspenning J, van der Weijden T, Elwyn G, Grol R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC family practice*. 2010;11:41.
49. Gambling T, Long A. Tailoring advice and optimizing response: a case study of a telephone-based support for patients with type 2 diabetes. *Family practice*. 2010;27(2):179-85.
50. Carlford S, Lindberg M, Andersson A. Staff perceptions of addressing lifestyle in primary health care: A qualitative evaluation 2 years after the introduction of a lifestyle intervention tool. *BMC family practice*. 2012;13.
51. Macdonald L, Stubbe M, Tester R, Vennall S, Dowell T, Dew K, et al. Nurse-patient communication in primary care diabetes management: An exploratory study. *BMC Nursing*. 2013;12(1).
52. Glasby J, Beresford P. Who knows best? Evidence-based practice and the service user contribution. *Critical Social Policy*. 2006;26(1):268-84.

Bilaga 1

Artikelöversikt

Författare: Siw Carlfjord, Malou Lindberg & Agneta Andersson

Publiceringsår: 2012

Titel: *Staff perceptions of addressing lifestyle in primary health care: a qualitative evaluation 2 years after the introduction of a lifestyle intervention tool*

Tidskrift: BMC Family Practice

Land: Sverige

Syfte: Undersöka hur sjukvårdspersonal inom primärvården hanterar livsstilsfrågor, både generellt och med fokus på ett datorbaserat verktyg.

Metod: 6 fokusgruppintervjuer med totalt 30 stycken personal (varav ca hälften sjuksköterskor) två år efter ett datorbaserat verktyg för livsstilsintervention implementerats. Materialet bearbetades med manifest innehållsanalys.

Resultat: Sjukvårdspersonalen upplevde livsstilsfrågor som en utmanande uppgift, men de hade självförtroende att de klarade av att hantera uppgiften. Svårast var att ta upp alkoholvanor.

Författare: Deborah J. Cohen, Elizabeth C. Clark, Peter J. Lawson, Brad A. Casucci & Susan A. Flocke

Publiceringsår: 2011

Titel: *Identifying teachable moments for health behavior counseling in primary care*

Tidskrift: Patient Education and Counseling

Land: USA

Syfte: Undersöka hur lärande ögonblick, situationer med potential att motivera till positiv förändring av ohälsosamt beteende, uppstår inom primärvården.

Metod: Ljudupptagning vid 811 sektioner, som sedan bearbetades med konversationsanalys.

Resultat: Lärandeögonblick uppstår om en koppling görs mellan ett för patienten betydande problem och hens ohälsosamma beteende.

Författare: Tina Gambling & Andrew Long

Publiceringsår: 2010

Titel: *Tailoring advice and optimizing response: a case study of a telephone-based support for patients with type 2 diabetes*

Tidskrift: Family Practice

Land: Storbritannien

Syfte: Undersöka hur råd paketeras till och tas emot av patienter med diabetes typ 2 inom kontexten av ett system som erbjuder egenvårdsträning över telefon.

Metod: Nio telefonsamtal spelades in, transkriberades och analyserades med en konstant komparativ metod.

Resultat: Sex olika typer av råd identifierades: förklarande råd, generella diabetesråd, generell information, svarande råd, individualiserade råd och individualiserade råd med personligt tillägg.

Författare: Renate Jansink, Jozé Braspenning, Trudy van der Weijden, Glyn Elwyn and Richard Grol

Publiceringsår: 2010

Titel: *Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis*

Tidskrift: BMC Family Practice

Land: Nederländerna

Syfte: Undersöka vilka barriärer som sjuksköterskan möter vid livsstilsrådgivning med patienter som har diabetes typ 2 för att kunna utveckla en implementeringsstrategi.

Metod: 12 djupintervjuer med sjuksköterskor inom diabetesvård spelades in med ljud och transkriberades.

Resultat: Sjuksköterskorna uppgav flest barriärer på patientnivån, såsom bristande kunskap om en hälsosam levnadsstil, dålig insikt av det egna beteendet, låg motivation och disciplin. Sjuksköterskorna ansåg att de saknade rådgivningsfärdigheter och tid för att göra ett fullgott arbete.

Författare: Päivi Karhila, Tarja Kettunen, Marita Poskiparta & Leena Liimatainen

Publiceringsår: 2003

Titel: *Negotiation in Type 2 Diabetes Counseling: From Problem Recognition to Mutual Acceptance During Lifestyle Counseling*

Tidskrift: Qualitative Health Research

Land: Finland

Syfte: Beskriva hur förhandling som fokuserar på livsstilsförändringar skapas i interaktionen mellan sjuksköterska och patient.

Metod: 73 sessioner videofilmades och bearbetades sedan med konversationsanalys.

Resultat: Förhandlingsprocessen bestod av att identifiera problem i patientens hälsobeteende, erbjuda lösningar på problemet och nå en överenskommelse mellan sjuksköterska och patient.

Författare: K. Kasila, M. Poskiparta, P. Karhila & T. Kettunen

Publiceringsår: 2003

Titel: *Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment*

Tidskrift: Journal of Human Nutrition and Dietetics

Land: Finland

Syfte: Undersöka patienters beredskap att förändra sina matvanor utifrån *Stages of Change*.

Metod: 32 sessioner spelades in med ljud. Den transkriberade datan bearbetades med deduktiv innehållsanalys.

Resultat: Patienterna befann sig på olika förändringsstadier beroende på vilken matvana eller specifikt beteende som diskuterades.

Författare: Päivi Kiuru, Marita Poskiparta, Tarja Kettunen, Juha Saltevo & Leena Liimatainen

Publiceringsår: 2004

Titel: *Advice-giving styles by Finnish nurses in Dietary counseling concerning type 2 Diabetes care*

Tidskrift: Journal of Health Communication: International Perspectives

Land: Finland

Syfte: Att beskriva hur autentiska rådgivande samtal om matvanor ser ut, vilka kommunikationsmodeller som kan identifieras och hur patienten tar emot råden.

Metod: 55 sektioner videofilmades. Typologi användes som analysmetod.

Resultat: Fyra rådgivningsstilar identifierades. Den rekommenderande rådgivningsstilen var den vanligaste och fungerade som startpunkt för de övriga tre.

Författare: Lindsay Macdonald, Maria Stubbe, Rachel Tester, Sue Vernall, Tony Dowell, Kevin Dew, Tim Kenealy, Nicolette Sheridan, Barbara Docherty, Lesley Gray & Debbie Raphael

Publiceringsår: 2013

Titel: *Nurse-patient communication in primary care diabetes management: an exploratory study*

Tidskrift: BMC Nursing

Land: Nya Zeeland

Syfte: Beskriva kommunikationen mellan sjuksköterska och patient i diabetesvård.

Metod: 35 sessioner videofilmades under sex månader. Efter detta halvår intervjuades sjuksköterskorna och patienterna separat. Materialet bearbetades med etnografisk och interaktionsanalys.

Resultat: Sessionerna bestod främst av användning av checklista, fysisk undersökning, kontaktsökande med andra professioner och utgivning av broschyrer. De var främst drivna av sjuksköterskans agenda. Forskarna konstaterade att en checklista både kan gynna och hindra kommunikationen, att både sjuksköterskan och patient blev överväldigade av mängden information som skulle ges och att trots att verksamhetens mål var nådda så var patienternas tillfredsställelse låg.

Författare: R. Q. Wolever, M. Dreusicke, J. Fikkan, T. V. Hawkins, S. Yeung, J. Wakefield, L. Duda, P. Flowers, C. Cook & E. Skinner

Publiceringsår: 2010

Titel: *Integrative Health Coaching for Patients With Type 2 Diabetes: A Randomized Clinical Trial*

Tidskrift: The Diabetes Educator

Land: USA

Syfte: Utvärdera hur effektiv integrativ hälsocoaching är på psykosociala faktorer, beteendeförändring och glukoskontroll hos patienter som har diabetes typ 2.

Metod: 56 patienter delades upp i en undersöknings- och en kontrollgrupp. Undersökningsgruppen fick under sex månader 14 telefonsessioner med integrativ hälsocoaching. Mätningar och kontroller genomfördes på båda grupperna före och efter interventionen.

Resultat: Förbättringar uppmättes av upplevd hälsostatus, självrapporterad medicinsk följsamhet, upplevt socialt stöd och frekvens av fysisk aktivitet. Fördelar med förändringen identifierades, barriärer för följsamhet minskade och så även patientens stressnivåer.